

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1946

THESE

N°

586

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René GRENY

Né le 4 Novembre 1921, à Cussac (Haute-Vienne)

Présentée et soutenue publiquement le 2 Juillet 1946.

A PROPOS

DE DOUZE OBSERVATIONS

DE GRANDE EXTRACTION DE SIEGE

Président : M. LANTUEJOUL, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1946

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : **GRENY.**

Prénom : **René.**

Date de soutenance : 2 Juillet 1946.

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

GRENY (René). — A propos de douze observations de grande extraction de siège. — Paris, Imp. R. Foulon, 1946, *in-8°*, 44 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1946, N°.....).

GRENY (René). — A propos de douze observations de grande extraction de siège. — Paris, Imp. R. Foulon, 1946, *in-8°*, 44 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1946, N°.....).

GRENY (René). — A propos de douze observations de grande extraction de siège. — Paris, Imp. R. Foulon, 1946, *in-8°*, 44 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1946, N°.....).

GRENY (René). — A propos de douze observations de grande extraction de siège. — Paris, Imp. R. Foulon, 1946, *in-8°*, 44 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1946, N°.....).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1946

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René GRENY

Né le 4 Novembre 1921, à Cussac (Haute-Vienne)

Présentée et soutenue publiquement le 2 Juillet 1946.

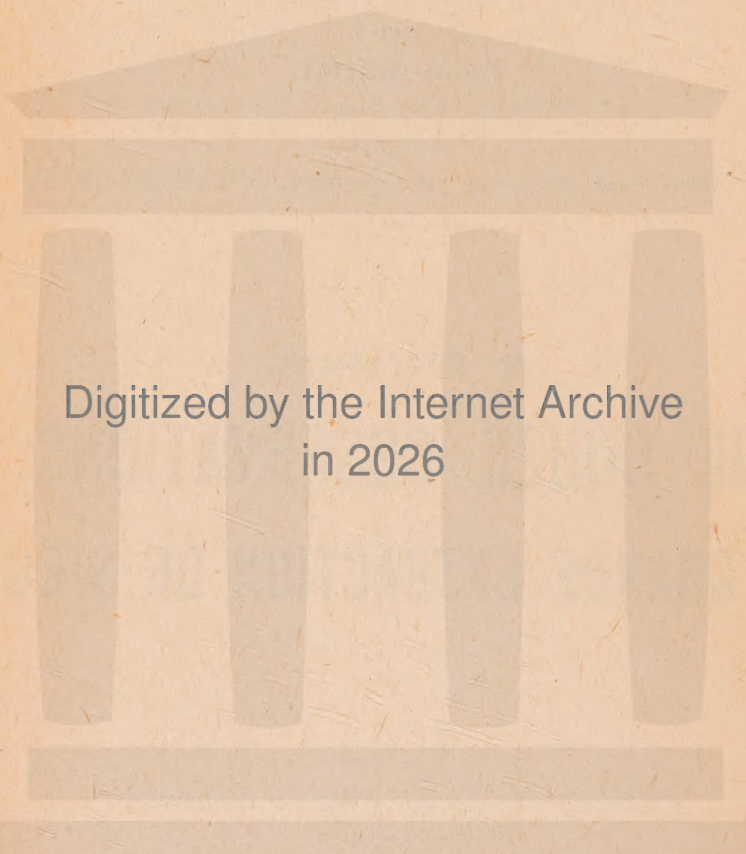
A PROPOS

DE DOUZE OBSERVATIONS

DE GRANDE EXTRACTION DE SIEGE

Président : M. LANTUEJOUL, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1946



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon.

DOYEN	LÉON BINET.
	Membre de l'Institut
ASSESEUR.	JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Anatomie pathologique	† OLIVIER.
Assistance Médico-sociale	LEROUX.
Bactériologie	N...
Biologie médicale	GASTINEL.
Chimie médicale	VERNE.
Clinique de cardiologie	POLONOVSKI.
	DONZELOT.
	BROCQ.
Cliniques chirurgicales	CADENAT.
	MONDOR.
	QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	† MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
	BENARD (H.).
Cliniques médicales	CHABROL.
	HARVIER.
	LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
	LANTUEJOL.
Cliniques obstétricales	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (JUSTIN)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.

Pathologie exotique	MM.
Pathologie expérimentale et comparée	LAVIER.
Pathologie médicale	LEMAIRE.
Pathologie et thérapeutique générales	MOREAU.
Pharmacologie et matière médicale	ff DE GENES.
Physiologie	HAZARD.
Problemes alimentaires (<i>chaire à titre personnel</i>) ..	BINET (Léon).
Puériculture.	RICHET (Charles).
Radiologie médicale	LELONG.
Stomatologie	DESGREZ (H.).
Physique médicale	DECHAUME.
Technique chirurgicale	STROHL.
Thérapeutique	MOULONGUET.
	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*),
HALPHEN (O. R. L.), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*),

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
Anatomie	{	Pathologie chirurgicale ..	{
Anatomie pathologique ..	{	Pathologie expérimentale .	{
Bactériologie ..	{	Pathologie médicale	{
Biochimie médicale	{	Pédiatrie	{
Dermato syphillographie .	{	Pharmacologie .	{
Histologie	{	Physiologie . . .	{
Hydrologie	{	Physique médicale	{
Hygiène	{	Psychiâtrie . . .	{
Médecine légale.	{	Thérapeutique	{
Neurologie . . .	{	Agr. ch. d'ens. .	{
Obstétrique . . .	{	Urologie	{
Ophtalmologie ..	{		
Oto-rhino- laryngologie ..	{		
Parasitologie. . .	{		
Pathologie chirurgicale. . .	{		

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*),
HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*),
VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		M.
Clinique chirurgicale . .	{ AMELINE.	Clinique médicale	{ DE GENNES.
	{ BASSET.		{ HAGUENAU.
	{ DE GAUDART		{ MOLLARET.
	{ D'ALLAINES.		{ MOUQUIN.
	{ FUNCK-BRENTANO.		{ TURPIN.
Clinique médicale	{ GATELLIER.	Clinique obstétricale . . .	{ ECALLE.
	{ MENEGAUX.		{ LACOMME.
	{ BARIETY.	Clinique ophtalmologique	RENARD.
	{ BOULIN.		
	{ CHEVALLIER.		
	{ COSTE.	Clin. otho-rhino- laryngologique	HALPHEN.

V. — CHARGES DE COURS

M.

Radiologie LEDOUX-LEBARD.

MM.

Secrétaire de la Faculté J. MOREL.
Secrétaire-adjoint M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef .. D^r A. HAHN.

Bibliothécalres Milles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

En gage de vive affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LANTUEJOUL

Professeur de la Chaire de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur de la Clinique Tarnier
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

Hommage respectueux.

INTRODUCTION

Nous savons déjà, en obstétrique, que le pronostic des accouchements naturels par le siège est moins favorable que celui des accouchements d'un enfant en position céphalique. Ce pronostic est encore moins favorable lorsqu'il est nécessaire d'effectuer, pour délivrer la femme, une grande extraction de siège.

Une statistique concernant les accouchements par le siège, en Algérie, au début du siècle, fait état d'une mortalité infantile de 52 %. Mortalité effroyable et qui serait due, en grande partie, à ce que les femmes étaient vues alors que le travail était commencé depuis déjà de longues heures et qu'elles auraient pu bénéficier d'une intervention.

Devant cette énorme mortalité et la nécessité d'indications précises et opportunes, il nous a paru intéressant d'étudier les indications, la technique et le pronostic des grandes extractions de siège.

Nous étudierons donc chacun de ces chapitres séparément. Puis, nous publierons les douze observations de grandes extractions de siège qui eurent lieu au cours de l'année 1943 à la Maternité Pinard, à l'Hôpital des Enfants-Assistés.

Puis, nous tenterons de dégager de ces observations les faits dominants, afin d'établir des statistiques pour contribuer à l'étude des indications et du pronostic des grandes extractions de siège. Nous avons, en outre, réuni ensemble les sièges complets et les sièges décomplétés.

INDICATIONS

Quand faut-il délivrer une femme ?

Quand faut-il extraire un enfant ?

Dans l'immense majorité des cas, l'enfant doit être extrait parce que la mère est incapable de le faire. L'indication de la grande extraction de siège est l'insuffisance des contractions de l'utérus.

Il semble que l'on puisse, avec SCHANTA, diviser cette indication en trois paragraphes :

- 1° — Faiblesse des contractions;
- 2° — Insuffisance relative des contractions;
- 3° — Insuffisance des contractions avec la nécessité d'une terminaison rapide de l'accouchement.

Dans le premier paragraphe, on peut distinguer les faibles contractions venant d'une malformation de l'utérus, une innervation pauvre, fibrome, utérus tétanisé, rupture de l'utérus, développement musculaire général insuffisant, distension.

Dans le second paragraphe, les indications seront, pour la mère : rigidité du col, du vagin, du périnée, bassin rétréci, tumeur praevia;

pour le fœtus : gros enfant, hydrocéphalie, mauvaise position. Les douleurs peuvent être fortes ou même plus fortes qu'habituellement, mais incapables d'assurer la progression du fœtus dans la filière pelvienne.

Enfin, parmi les causes qui entrent dans le troisième paragraphe, nous citerons, en ce qui concerne la mère : l'éclampsie, les maladies pulmonaires ou cardiaques, la hernie, l'appendicite, les hémorragies génitales ou pulmonaires; en ce qui concerne l'enfant : les asphyxies de toutes causes, compression cérébrale, etc...

Dans ces cas, tout est normal, mais une complication survient, nécessitant l'évacuation rapide de l'utérus ou l'extraction immédiate du fœtus en fâcheuse position.

Les indications de la grande extraction de siège étant posées, certaines conditions sont nécessaires pour que cette intervention soit effectuée favorablement.

Un bassin ne doit pas être trop rétréci, c'est-à-dire qu'il devra avoir un diamètre utile promonto-sous-pubien, au moins égal à 9 centimètres. Si l'on est en présence d'un gros fœtus dont le poids est évalué à 4.000 grammes au moins, ce diamètre devra être supérieur à 9 centimètres. D'une façon générale, il ne faut pas qu'il y ait trop de disproportion entre le volume de l'enfant et les dimensions du bassin.

Le col doit être effacé et complètement dilaté. Cette condition est d'une importance capitale et d'elle dépend la facilité de l'extraction, l'intégrité des tissus maternels et la vie de l'enfant. Si l'extraction s'avère nécessaire avant la dilatation complète du col, il faut le dilater par les diverses méthodes actuellement en vigueur : dilatation au doigt, incision.

Tous les auteurs sont d'accord sur les dangers de l'extraction avant la dilatation complète du col au cours des accouchements dans les présentations du siège.

Enfin, la poche des eaux doit être rompue et l'enfant doit être en vie. Si l'enfant est mort, certains auteurs considèrent que l'embryotomie est préférable.

TECHNIQUE

Quand, dans une présentation du siège, survient une indication à la grande extraction, les préparatifs sont identiques à ceux d'une version. De plus, il est plus commode d'intervenir sous anesthésie générale. L'opération elle-même est classiquement divisée en quatre temps.

1°. — Le premier temps consiste à extraire les membres inférieurs et le siège. La technique de ce premier temps dépend de la situation et de l'attitude. Si le siège est profondément engagé dans le bassin, une petite traction avec le doigt dans une aîne peut suffire dans les présentations du siège décompleté. Dans la présentation du siège complet, la manœuvre est en général facile, car les pieds accompagnent la présentation; on ira à la recherche du pied qui appartient à la jambe antérieure que l'on saisira entre l'index et le médus. Le pied est alors abaissé à la vulve puis, des tractions sont exercées, tractions qui amèneront la rotation du dos en avant et la chute du second pied. On peut alors tirer simultanément sur les deux pieds le plus bas et le plus en arrière possible, jusqu'à ce que la hanche antérieure soit fixée sous la symphyse. A partir de ce moment, les tractions seront dirigées horizontalement, puis vers le haut et lorsque la hanche postérieure apparaîtra, elles seront de nouveau dirigées vers le bas, jusqu'à ce que l'ombilic apparaisse à la vulve.

Certains auteurs ont préconisé l'emploi d'une bandelette ou d'une fronde placée au-dessus de l'aîne, un crochet émoussé ou deux crochets, un dans chaque aîne, un forceps spécial taillé en crochet, ou encore l'emploi d'un forceps sur le siège.

De toutes ces méthodes, les tractions sur une ou les deux jambes est de loin la meilleure. DE LEE affirme qu'avec l'association d'une anesthésie profonde et de la position de Trendelenbourg, il n'a jamais rencontré un cas où il fut impossible d'abaisser un pied. Si l'on ne peut extraire la jambe antérieure la première, il est recommandé d'extraire le membre postérieur et d'effectuer ensuite une rotation qui l'amènera en position antérieure.

En cas de bassin rétréci, il est sage de réaliser l'abaissement prophylactique du pied, la jambe redressant l'enfant dans l'axe du bassin, ce qui permet à l'utérus de travailler dans de bonnes conditions.

2°. — Les deuxième et troisième temps consistent à extraire le tronc et les épaules de l'enfant.

Au cours du deuxième temps, l'accoucheur saisit le siège avec les deux mains, le pouce étant sur la face postérieure du sacrum, l'index sur l'épine iliaque antéro-supérieure, les autres doigts répartis sur le bassin et la cuisse. Doucement, des tractions sont faites vers le bas dans l'axe du bassin, jusqu'à ce que l'épaule antérieure soit sous le pubis.

C'est alors le troisième temps. Les doigts sont insinués dans le vagin à la recherche des bras. S'ils sont en position normale, c'est-à-dire croisés devant la poitrine, il est alors facile de les tirer vers le bas, en crochetant un doigt sur le pli du coude. Si les bras sont relevés, il faut dégager d'abord l'épaule et le bras postérieur en utilisant la main dont la face palmaire peut être appliquée à plat sur le dos de l'enfant, l'au-

tre main saisit les deux pieds et relève le corps du fœtus vers celui de la mère. Ce mouvement conduit l'épaule dans la concavité sacrée, incurve l'enfant autour du pubis et donne plus de place au passage de la main de l'accoucheur.

Laissant le pouce dehors, deux doigts sont passés au-dessous du dos, puis de l'épaule, et redescendent en avant du bras, de façon à faire essuyer la face et la poitrine du fœtus par sa propre main.

Parfois, au cours de ce troisième temps, les bras sont croisés derrière la nuque de l'enfant et se trouvent bloqués entre la tête et le pelvis. Sans délai, il faut repousser le corps de l'enfant pour relâcher les bras de cet emprisonnement. La main de l'accoucheur est alors insinuée au-dessus du dos de l'enfant vers son avant-bras qu'il pousse par dessus la tête puis fait redescendre devant le visage. Le membre est ensuite amené facilement au dehors. Si cette manœuvre ne réussit pas à la première tentative, l'enfant sera repoussé un peu plus et la manœuvre essayée de nouveau. Lors de cette complication, il ne faut pas tirer l'enfant en appuyant sur les épaules pour rendre plus accessibles les membres supérieurs, car il en résulterait presque certainement une fracture de la clavicule.

4°. — Le quatrième temps ou extraction de la tête dernière se fait par la classique manœuvre de MAURICEAU dont nous rappellerons brièvement la technique. Une main est introduite dans le vagin à la recherche de la bouche de l'enfant dans laquelle on introduit les deux doigts. Par de très légères tractions vers le bas, la tête est descendue sur le plancher pelvien à travers la filière pelvienne, l'enfant étant à califourchon sur l'avant-bras de l'accoucheur. On effectue ensuite une rotation pour amener l'occiput en avant. Puis, l'enfant étant redressé verticalement et avec le plus de douceur possible, on extrait tour à tour le menton, la bouche,

le nez, le front, puis toute la tête, en effectuant une rotation autour du pubis.

Certains auteurs américains, tels que MARTIN, CELSUS, WIEGAND, préconisent de s'aider par des pressions effectuées avec l'autre main, appliquée au dehors sur la tête de l'enfant.

De nombreux auteurs enfin, conseillent l'épisiotomie, parfois double avant ce dernier temps, en particulier chez les primipares.

De nombreuses complications peuvent survenir au cours de l'extraction de la tête.

Parfois, il peut survenir un arrêt de la tête au détroit supérieur. La tête peut, en effet, se bloquer dans un diamètre transverse du bassin, le menton étant relevé. On peut alors utiliser la méthode de MAURICEAU en se souvenant que le menton est haut situé et sur le côté, que la tête peut être extraite en transverse et que la rotation ne doit pas être effectuée avant que la tête ne soit bien descendue. Il sera bon de faire dans ce cas de l'asynclytisme.

Parfois, les tractions manuelles ne suffisent pas à extraire la tête. On peut alors avoir recours au forceps sous la réserve d'en avoir l'habitude. A ce sujet, les avis sont différents. Si WILLIAMS et quelques auteurs allemands sont opposés à l'extraction d'une tête dernière par application de forceps, d'autres comme KLEIN, SUCHE, BAMS, BAZ, TARNIER l'ont utilisée. KERR le conseille vivement et DE LEE écrit : « Je suis convaincu que beaucoup d'enfants seraient sauvés, la fracture de la clavicule, l'hématome du sterno-mastoïdien, la dislocation des vertèbres, la paralysie d'Erb et beaucoup d'autres accidents seraient évités, si l'application de forceps sur la tête dernière était enseignée dans les écoles et plus souvent pratiquée ». C'est une méthode plus humaine d'extraire la tête en cas de *difficulté*

modérée que la méthode de MAURICEAU, SMELLIE et WEIT.

Dans tous les cas de présentation de siège, le forceps doit être prêt à l'emploi. Si toutes ces manœuvres échouent, on effectuera une crâniotomie.

PRONOSTIC

L'extraction de siège est une des plus brillantes opérations obstétricales si elle est correctement exécutée et si les complications sont successivement maîtrisées sans lésions pour la mère et l'enfant, elle prend rang avec les techniques les plus difficiles de l'obstétrique.

Un auteur américain écrit à cette occasion « chaque geste est le résultat de siècles d'étude et de pratique des meilleurs accoucheurs du monde, et tous les mouvements se suivent les uns les autres avec réflexion, exactitude et rapidité. Quatre minutes sont autorisées pour l'extraction des bras et quatre minutes pour l'extraction de la tête : plus de temps mettrait l'enfant en danger. Une bonne méthode consisterait à faire compter les minutes à voie haute par un aide ». L'attention doit être attirée par les complications pouvant survenir au niveau des parties molles de la mère.

Si l'extraction est entreprise avant que le col soit complètement dilaté, il peut s'ensuivre des accidents pour la mère et l'enfant. Pour la mère, il y a risque de rupture du segment inférieur de l'utérus et du col, ce qui, en cas de placenta praevia peut être fatal en raison de l'hémorragie.

Plus tard, peut survenir une septicémie. Pour l'enfant, le risque est le relèvement des bras derrière la tête. Parfois encore, après l'extraction des bras, le col peut se refermer autour du cou ou de la face, en for-

mant un anneau rigide qui emprisonne la tête dans l'utérus. Cet anneau pourra être dilaté ou incisé.

De profondes lésions du périnée sont très communes au cours des extractions de siège. Elles surviennent lorsque la main est insérée le long du tronc de l'enfant ou pendant une extraction trop rapide de la tête.

C'est pourquoi l'épisiotomie large est souvent recommandée non seulement pour protéger le sphincter anal mais pour faciliter tous les mouvements requis par cette opération, et préserver ainsi l'enfant d'être lésé et de lui éviter l'asphyxie si fréquente au cours des extractions de siège.

OBSERVATIONS

N° 235

Primipare âgée de trente-six ans, sans profession. Les dernières règles datent du 6 mai. Le procréateur âgé de trente-cinq ans est bien portant. Les urines sont normales et le B. W. est négatif. La grossesse a eu une évolution normale.

La femme entre dans le service le 6 février à 8 heures 30.

Hauteur utérine : 35 cm.

Col effacé — dilatation 0,50.

Siège complet.

Membranes intactes.

Bruits de cœur perçus.

La femme ayant de fortes douleurs est montée en salle de travail à 9 heures 15.

A 10 h. 45.

Dilatation grande paume.

Bruits du cœur perçus.

A 11 h. 45.

Dilatation complète.

Siège complet engagé en S. I. G. A.

Membranes rompues artificiellement.

A 12 h. 40.

La présentation n'a pas progressé malgré les efforts expulsifs. Les bruits du cœur se modifient.

On décide une grande extraction de siège et on fait une épi-

siotomie bilatérale large, les parties molles étant résistantes. On extrait un enfant vivant pesant 3.270 grammes.

A 12 h. 45.

Délivrance naturelle et complète pesant 590 grammes. Les suites de couches sont bonnes, absolument apyrétiques et la malade sort guérie au dix-septième jour avec un enfant bien portant.

N° 356

Primipare âgée de vingt-quatre ans, sans profession. Les dernières règles remontent au 10 mai. Les trines sont normales; le B. W. est négatif : le procréateur âgé de vingt-huit ans est bien portant.

Evolution normale de la grossesse.

Le 23 février, la femme est admise à 6 h. 45.

Hauteur utérine : 31 cm.

Bruits du cœur perçus.

Col long et perméable.

On fait le diagnostic de siège complet et mobile avec un bassin légèrement rétréci. (On atteint le promontoire à bout de doigt.)

A 13 h. 30.

Dilatation 5 francs.

Bruits du cœur perçus.

Siège complet et mobile.

Membranes intactes.

A 15 h.

Rupture spontanée des membranes.

Bruits du cœur perçus.

Dilatation complète.

Siège encore mobile et haut.

A 15 h. 10.

Procidence du cordon.

On décide une grande extraction de siège immédiate. L'opération s'avère difficile et l'enfant n'est sorti qu'à 15 h. 25.

Il présente des battements cardiaques, mais ne respire pas. On tente de le ranimer et on n'y parvient pas (malgré bain, frictions, lobéline, solucamphre, carbogène, adrénaline intra-cardiaque).

L'enfant présente des malformations diverses : asymétrie faciale, pied bot à gauche, fissure palatine.

Poids : 3.130 grammes.

A 15 h. 45.

Délivrance naturelle et complète pesant 510 grammes.

Les suites de couches sont bonnes, la femme sort guérie au quinzième jour.

N° 362

Secondipare âgée de vingt-neuf ans, sans profession. Dernières règles datant du 15 mai. Urines normales; B. W. négatif. Procréateur vingt-neuf ans, bien portant.

Evolution normale de la grossesse.

La femme est admise le 24 février à 5 h. 20.

Hauteur utérine : 31 cm.

Bruits du cœur perçus.

Dilatation petite paume avec une poche des eaux bombante, on sent un siège mobile complet.

A 5 h. 45.

Rupture artificielle des membranes — liquide très teinté.

Bruits du cœur perçus.

Dilatation complète.

A 6 h. 15.

Modifications des bruits du cœur.

La présentation reste au détroit supérieur.

A 6 h. 25.

Bruits du cœur irréguliers, sourds, ralentis. On décide une grande extraction immédiate.

A 6 h. 35.

Extraction d'une fille vivante (ranimée dix minutes), pesant 3.280 grammes.

On a fait une épisiotomie bilatérale large.

A 6 h. 55.

Délivrance naturelle complète pesant 630 grammes.

Suite de couches :

Température normale les trois premiers jours — montée à 39°4 le quatrième jour, cette température élevée persistant trois jours. On instaure alors un traitement sulfamidé important (douze thiazomide par vingt-quatre heures). Au dixième jour, la température monte de nouveau à 40° alors que du septième au dixième jour elle était à 37°5. On reprend les sulfamides. Au douzième jour, la température retombe à 37°. La femme sort guérie au vingtième jour avec un enfant bien portant.

N° 365

Primipare de trente-deux ans. Infirmière à l'Assistance Publique. Dernières règles datant du 20 mai. Procréateur trente-cinq ans, bien portant.

Grossesse ayant eu une évolution normale.

La femme a consulté dans le service régulièrement.

Le 9 février, on trouve un siège engagé et on ne fait pas d'essai de version par manœuvres externes.

Elle est admise le 23 février.

A 21 h. 30.

Hauteur utérine : 33 cm.

Bruits du cœur perçus.

Siège décomplété.

Col épais, dilaté à 50 centimes.

On fait une spasalgine.

A 24 h.

Bonne dilatation.

Bruits du cœur perçus.

A 5 h.

Dilatation petite paume.

Bruits du cœur perçus.

Membranes intactes.

A 8 h.

Dilatation complète.

Rupture artificielle des membranes.

Bruits du cœur perçus.

Efforts expulsifs.

A 10 h. 20.

Grande extraction du siège pour modification des bruits du cœur.

On extrait un garçon vivant pesant 3.200 grammes — ranimé 20 minutes.

A 10 h. 45.

Délivrance naturelle et complète pesant 500 grammes.

Les suites de couches sont bonnes, apyrétiques et la femme sort au dix-septième jour entièrement guérie avec un enfant bien portant.

N° 409

Primipare âgée de dix-huit ans. Les dernières règles datent du 4 mai. Les urines sont normales — le B. W. est négatif. Le procréateur âgé de vingt-trois ans est bien portant. La femme est admise le 2 mars à 5 heures.

Hauteur utérine : 36 cm.

Col effacé.

Siège décomplété mobile.

Bruits du cœur perçus.

Membranes intactes.

Le 2 mars, à 12 h. 15, admission en salle de travail.

Siège (S. I. D. T.) mode des fesses.

Dilatation entre 5 frs. et petite paume.

A 18 h.

Dilatation complète mais la présentation reste élevée, non engagée, mobile.

Bruits du cœur perçus et bons.

A 24 h.

La présentation descend lentement.

Les bruits du cœur demeurent toujours bons.

A 2 h. (1e 3 mars).

La présentation est au milieu de l'excavation, les bruits du cœur s'accélèrent.

A 2 h. 15.

On décide une grande extraction de siège et on fait une épisiotomie bilatérale large au préalable.

Elle s'avère difficile, et on extrait à 2 h. 40 un enfant mort-né pesant 3.900 grammes, qui ne peut être ranimé malgré 1 h. 15 d'efforts (lobéline, solucamphre, bain, carbogène, respiration artificielle, adrénaline intra-cardiaque).

A 2 h. 55.

Hémorragie abondante. On fait une délivrance artificielle. Placenta pesant 600 grammes.

La femme sort guérie au dix-huitième jour après suites de couches normales.

N° 633

Secondipare âgée de trente-et-un ans, sans profession. Dernières règles datant du 6 juillet.

Evolution normale de la grossesse. Urines normales. B. W. négatif.

La femme arrive le 1^{er} avril à 9 h. 30. Elle est admise.

Hauteur utérine : 32 cm.

Bruits du cœur perçus.

Col en voie d'effacement.

Dilatation 1 franc.

On la fait remonter en salle de travail après avoir fait le diagnostic de siège décomplété.

A 12 h.

La dilatation est complète.

Présentation en S. I. G. A.

Bruits du cœur perçus.

A 12 h. 15.

Les bruits du cœur après une accélération marquée se ralentissent et deviennent très irréguliers.

A 12 h. 25.

On décide de faire une grande extraction de siège pour modification des bruits du cœur.

On extrait une fille vivante pesant 3.210 grammes qu'il faut ranimer dix minutes.

A 12 h. 45.

Délivrance naturelle et complète pesant 700 grammes.

Les suites de couches sont bonnes et apyrétiques. La femme sort guérie au dix-septième jour avec un enfant en bon état.

N° 724

Primipare âgée de quarante ans, caissière. Dernières règles datant du 20 août. Les urines sont normales, le B. W. est négatif. Le procréateur âgé de trente-huit ans est bien portant.

La grossesse a évolué normalement.

La femme est admise le 14 avril à 9 h. 15 au terme de sept mois et demi environ.

Hauteur utérine : 29 cm.

Bruits du cœur perçus.

Le diagnostic de présentation ne peut être fait.

Col en voie d'effacement.

Membranes rompues.

La femme monte en salle de travail à 11 h.

Dilatation 5 francs.

Bruits du cœur perçus.

Siège décomplété.

A 19 h. 30.

Dilatation petite paume.
Douleurs violentes et répétées.
On fait une spasmalgine.
Bruits du cœur perçus.

A 21 h. 30.

Dilatation petite paume.
Bruits du cœur perçus:

Le 15 avril à 2 h. 30.

Dilatation grande paume.
Bruits du cœur perçus.

A 9 h. 20.

Dilatation complète.
Bruits du cœur perçus.

A 10 h. 15.

Bruits du cœur perçus.
La présentation est haute, fixée.

A 13 h.

Bruits du cœur perçus.
La présentation demeure fixée.

A 15 h.

Les bruits du cœur sont très sourds et accélérés.
La présentation est seulement fixée.
On décide une grande extraction de siège et on obtient une fille mort-née de 1.950 grammes que l'on ne peut ranimer.

A 16 h.

Délivrance naturelle complète pesant 450 grammes.

Suites de couches fébriles 38°-38°5 pendant les huit premiers jours malgré un traitement sulfamidé — puis la température devient normale. La femme sort guérie le dix-septième jour.

N° 923

Primipare âgée de vingt-huit ans. Dernières règles datant du 15 août. Urines normales. Le B. W. est négatif.

Evolution normale de la grossesse. Le procréateur âgé de trente-deux ans est en bonne santé.

La femme est admise le 13 mai à 3 h. 30.

Hauteur utérine : 33 cm.

Col en voie d'effacement.

Dilatation 0 fr. 50.

Membranes intactes.

Siège décomplété mode des fesses.

Bruits du cœur perçus.

La femme est admise en salle de travail à 8 h. 30.

Siège en bas, mobile.

Membranes rompues.

Dilatation 0 fr. 50.

A 21 h.

Dilatation 5 francs.

Bruits du cœur perçus.

Le siège reste haut — non engagé.

A 23 h.

Dilatation complète.

Bruits du cœur perçus.

La présentation est fixée en S. I. D. P.

Le 14 mai à 7 h. 30.

La progression est fixée et ne progresse pas.

Les bruits du cœur demeurent bons.

On décide une grande extraction pour non progression de la présentation, d'autant plus que les douleurs sont espacées, peu intenses et courtes.

A 7 h. 40.

Extraction d'un garçon vivant, ranimé dix minutes, pesant 3.520 grammes.

A 7 h. 55.

Délivrance naturelle et complète.

Les suites de couches sont excellentes, entièrement apyrétiques. On a instauré un traitement sulfamidé à dose moyenne (4 grammes par jour) pendant les trois premiers jours. La femme sort guérie au dix-septième jour avec un enfant en bon état.

N° 958

Primipare âgée de vingt-deux ans. Brodeuse. Dernières règles datant du 14 août. Urines normales. Le B. W. est négatif. Le procréateur âgé de vingt-trois ans est en bonne santé.

Evolution normale de la grossesse.

On a fait deux essais de version par manœuvres externes qui se sont révélés infructueux.

La femme est admise à 1 h. 45 le 18 mai.

Hauteur utérine : 31 cm.

Col en voie d'effacement.

Dilatation 0 fr. 50.

Siège décomplété non engagé.

Les bruits du cœur sont bons.

Les membranes sont rompues depuis vingt-quatre heures.

A 7 h.

Dilatation 5 francs.

Bruits du cœur perçus.

Siège en S. I. D. A.

A 10 h.

Dilatation complète.

Bruits du cœur normaux.

Présentation non engagée.

A 12 h.

Présentation non engagée.

Bruits du cœur sourds et ralentis.

On décide une grande extraction de siège immédiate, sous anesthésie chloroformique.

Naissance d'un garçon ranimé pendant quinze minutes (lobéline, bains, frictions, respiration artificielle). Garçon pesant 3.150 gr.

A 12 h. 45.

Délivrance naturelle et complète pesant 680 grammes.

Membranes déchirées.

Suites de couches fébriles pendant cinq jours (38°-38°5). On instaure un traitement sulfamidé (doses moyennes 4 grammes) et au huitième jour la température est normale et le reste.

La femme sort guérie au dix-neuvième jour avec un enfant en bonne santé.

N° 1.509

Primipare de vingt-neuf ans. Sans profession. Dernières règles datant du 13 octobre. Urines normales. B. W. négatif. Procréateur trente ans, bien portant.

Evolution normale de la grossesse.

Présentation du siège sur laquelle deux essais de version au cours du huitième mois se sont révélés infructueux.

Le 2 août, la femme a quelques douleurs.

Elle est admise à 9 h. 30.

Hauteur utérine : 35 cm.

Bruits du cœur perçus.

Dilatation 50 centimes.

Membranes rompues.

Présentation du siège.

A 15 h. 15.

Dilatation entre 2 et 5 francs.

Bruits du cœur perçus.

La présentation est haute, mobile.

A 20 h. 30.

Dilatation presque complète.

Bruits du cœur perçus.

Présentation fixée.

A 22 h. 15.

Efforts expulsifs.

Bruits du cœur perçus.

A 0 h. 30.

La présentation ne progresse pas.

Les bruits du cœur sont très rapides.

On décide une grande extraction de siège pratiquée sous anesthésie chloroformique.

Grosses difficultés sur la tête dernière et on fait une application de forceps Tarnier.

A 1 h. 45.

Naissance d'un garçon mort-né pesant 3.780 grammes.

Soins habituels. Pas de battements cardiaques.

Réfection du périnée pour épisiotomies bilatérales.

A 2 h.

Délivrance naturelle complète pesant 600 grammes.

Suite de couches normales.

La femme sort guérie au seizième jour.

N° 1.891

Secondipare âgée de vingt-sept ans. Sans profession. Une fille née en 1938, accouchement normal. Bien portante. Délivrance et suites de couches normales. Dernières règles datant du 25 décembre. Procréateur de trente-cinq ans, bien portant.

Evolution normale de la grossesse.

Le 27 septembre, la femme se présente à l'admission.

Hauteur utérine : 39 cm.

Dilatation un franc — Peu de douleurs.

Poche des eaux tombante.

On sent un siège et on a l'impression d'un cordon battant sous le doigt.

La femme ayant peu de douleurs refuse de rester malgré avis contraire.

Elle revient le 28 septembre..

Douleurs très rapprochées et violentes.

Dilatation 2 francs.

Présentation du siège.

La femme est admise à la salle de travail à 1 h. 30.

A 8 h. 45.

Rupture spontanée des membranes.

Dilatation 5 francs.

Siège complet.

A 10 h.

Dilatation complète.

Efforts expulsifs.

Un pied apparaît à la vulve et on sent au toucher le cordon dans le vagin.

On décide une grande extraction pour procidence du cordon.

A 10 h. 15.

Naissance d'une fille vivante pesant 3.810 grammes.

A 10 h. 40.

Délivrance naturelle et complète pesant 800 grammes.

Les suites de couches sont normales.

La femme sort guérie au dix-huitième jour. L'enfant en bon état pèse alors 3.700 grammes.

N° 2.431

Primipare de vingt ans. Sans profession. Dernières règles datant du 15 mars. Procréateur bien portant, vingt-trois ans. Urines normales. B. W. négatif.

Un essai de version par manœuvres externes est tenté le 7 décembre. Il échoue.

Le 12 décembre, la femme est admise à la salle de travail à 4 h. 30.

Hauteur utérine : 32 cm.

Auscultation permet d'entendre les bruits du cœur.

Dilatation 1 franc.

Membranes rompues.

Le toucher montre un siège avec procidence d'une main.

A 8 h. 30.

Dilatation petite paume.

Bruits du cœur toujours bons.

A 11 h. 15.

La dilatation est sensiblement complète et les bruits du cœur se ralentissent.

La main procidente est entièrement hors du col.

On décide de faire une grande extraction de siège.

A 11 h. 25.

Naissance d'une fille pesant 2 kgs. 750 mesurant 50 cm. Ranimée cinq minutes.

A 11 h. 45.

Délivrance naturelle complète pesant 630 grammes.

Les suites de couches sont excellentes, sans aucune fièvre.

La femme sort guérie au douzième jour avec une enfant pesant 2.820 grammes en très bon état.

Age	Parité	Indications	Poids en grammes	Type du siège	Suites de couches	Durée du travail	Observations	N°
36	I	Modification des B.D.C. Lenteur expulsion.	3,270	complet	Bonnes, apyrétiques.	11 h.	Enfant vivant	235
24	I	Procidence du cordon.	3,130	complet	Bonnes, apyrétiques.	11 h.	Enfant mort-né	356
29	II	Modification des B.D.C. Lenteur expulsion.	3,280	complet	Fébriles, sulfamides. Guérison au 20 ^e jour.	14 h.	Enfant ranimé	362
32	I	Modification des B.D.C. Lenteur expulsion.	3,200	décomplété	Bonnes, apyrétiques.	13 h. 20	Enfant ranimé	365
18	I	Modification des B.D.C. Lenteur expulsion.	3,900	décomplété	Bonnes, apyrétiques.	21 h. 40	Enfant mort-né	409
31	II	Modification des B.D.C.	3,210	décomplété	Bonnes, apyrétiques.	3 h. 15	Enfant ranimé	633
40	I	Modification des B.D.C. Lenteur expulsion.	1,950	décomplété	Fébriles, sulfamides. Guérison au 17 ^e jour.	27 h.	Enfant mort-né	724
28	I	Progression nulle de la présentation, 8 h. après dilatation complète.	3,520	décomplété	Bonnes, apyrétiques.	20 h.	Enfant ranimé	923
22	I	Modification des B.D.C.	3,150	décomplété	Bonnes, apyrétiques.	11 h.	Enfant ranimé	958
29	I	Modification des B.D.C. Lenteur expulsion.	3,780	complet	Bonnes, apyrétiques.	16 h. 15	Enfant mort-né Forceps sur tête dernière	1509
27	II	Procidence du cordon.	3,810	complet	Bonnes, apyrétiques.	8 h.	Enfant vivant	1891
20	I	Modification des bruits du cœur et procidence d'une main.	2,800	complet	Bonnes, apyrétiques.	7 h.	Enfant ranimé	2431

*Influence de l'âge sur la présentation du siège au cours
des grandes extractions.*

On peut dire que l'âge a peu d'importance puisque dans nos douze observations on trouve tous les âges entre quarante et dix-huit ans.

Les femmes âgées de moins de trente ans semblent être la majorité, mais c'est d'une façon générale l'âge où la gestation est la plus fréquente.

Aussi 65 % de femmes de moins de trente ans
35 % de femmes de plus de trente ans.

*Influence de la parité sur les grandes extractions de
siège.*

75 % de primipares
25 % de multipares.

La grande proportion de primipares est un fait qui paraît certain.

On peut penser que ceci a plusieurs raisons :

- l'utérus de la primipare n'est pas relâché, et la version par manœuvres externes est plus difficile à réaliser;
- l'utérus de primipare est plus irritable que celui des multipares, il se contracte plus facilement, d'où difficulté pour les versions par manœuvres externes;
- la résistance des parties molles du périnée de ces primipares va amener une lenteur de l'expulsion, une fatigue fatale qui se traduira par une modification des B. D. C. assez souvent et sera une des causes de grande extraction.

INDICATIONS DES GRANDES EXTRACTIONS

75 % de modification des B. D. C. et lenteur expulsion.

20 % procidence du cordon.

5 % lenteur expulsion.

On peut conclure de ces chiffres que la lenteur expulsive due le plus souvent à la résistance des parties molles et parfois au non-engagement de la présentation est le plus souvent en cause.

Cette lenteur d'expulsion se traduira par une modification des bruits du cœur, signe certain de la souffrance fœtale et indiquera à coup sûr la grande extraction du siège.

La procidence du cordon est une autre cause de la grande extraction du siège, et il faut à ce moment signaler le danger que court l'enfant :

— danger très grand si la procidence se produit avant dilatation complète; issue presque toujours fatale;

— danger encore très considérable si la dilatation est complète. Il faut extraire rapidement, et comme nous avons une majorité de primipares, les difficultés peuvent être multiples et extrêmes.

Influence du poids de l'enfant dans les grandes extractions.

Dans nos observations :

83 % de plus de 3 kgs.

Mais c'est là un poids fréquent du nouveau-né et qui ne permet pas de conclure.

On peut simplement dire qu'un gros enfant court

plus de risque. Dans nos observations, le plus gros enfant (3.900 grammes) est un mort-né.

Influence du type de siège.

50 % de chaque sorte.

Siège complet et siège décomplété sont en égales quantités, ce qui ne permet pas de conclure.

Influence de la durée du travail.

La durée du travail varie de vingt-sept heures à trois heures, ce qui ne permet pas de conclure, bien qu'ayant une majorité de primipares et de plus, avec une présentation du siège qui sollicitera donc moins un col qu'un sommet, il semble que la durée de dilatation et la durée du travail ne sont pas sensiblement augmentées.

Influence de la grande extraction sur la vie du fœtus.

1/3 de mort-nés.

16 % d'enfants criant à la naissance.

1/2 d'enfants ranimés plus ou moins longtemps.

On voit donc par ces chiffres que la grande extraction du siège demeure une opération qui fait courir de grands risques au fœtus puisque 1/3 sont morts et 1/2 doivent être ranimés.

Ceci peut être dû :

— aux difficultés de la grande extraction, qui viennent s'ajouter aux difficultés de l'accouchement par le siège ordinaire;

— au fait que les indications de la grande extraction du siège sont le plus souvent la souffrance fœtale, ce qui demande une extraction rapide, non toujours aisée.

Influence de la grande extraction sur la vie de la mère.

On ne relève aucun accident grave, ce qui tient peut-être au milieu hospitalier où on dispose de tout le nécessaire.



CONCLUSIONS

1°. — Il semble que les grandes extractions sont plus fréquentes chez la primipare puisqu'elles s'y rencontrent dans la proportion de 75 %.

2°. — L'indication majeure de la grande extraction de siège est la lenteur d'expulsion due à une présentation dystocique par elle-même entraînant une souffrance fœtale.

3°. — L'âge de la mère et le poids de l'enfant ne semblent avoir aucune influence.

4°. — Il en est de même en ce qui concerne la durée du travail.

5°. — La grande extraction est entachée d'une mortalité fœtale importante puisque nous l'avons relevée dans 1/3 des cas.

Aussi, nous pourrions conclure d'une façon générale que la grande extraction du siège est une opération délicate, entachée d'une importante mortalité fœtale, et il sera bon de ne pas faire courir de risques si graves à un fœtus de primipare âgée, ce qui peut être évité par l'opération césarienne.

Vu, le Doyen :
BAUDOUIN

Vu, le Président de thèse :
LANTUEJOUL

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- BUDIN (P.). — Extraction de la tête dernière. (*Leçon de la Clinique Obstétricale*, Paris, 1889).
- POULAIN (Y.). — Présentation du siège. Etude statistique des trois dernières années, à la Clinique Tarnier. (*Thèse*, Paris, 1926).
- TRILLAT (P.). — De l'abaissement des bras par traction sur le tronç (méthode de Deventer). (*Bull. Soc. Obst. et Gynéc.*, Paris, 1921).
- METZGER. — L'accoucheur moderne. Presses Universitaires, Paris, 1941.
- BOURNIER (P.). — Quelques points de pratique obstétricale dans l'accouchement par le siège. (*Bull. Méd. Anjou et Maine*, 1938).
- RHENTER (J.). — Les présentations du siège. (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*).
- SIEGEL (P.-W.). — Traitement de la présentation du siège. (*Zeit. für Gynec.*, 1939).
- DE LEE. — Principes et pratique de l'obstétrique. Chicago, 1924.
- WILLIAMSON (H.-C.). — Traitement de la présentation du siège. (*Amer. Journal Surg.*, 1937).
- LEVRET. — L'art des accouchements, 1761. *
- TARNIER et CHANTRENET. — Traité de l'art des accouchements.
- FABRE. — Précis d'obstétrique, 1942.

BRINDEAU. — L'art des accouchements, 1927.

JEANIN. — Précis d'accouchement, Paris, 1937.

KLEIN. — History of Breech Extraction.

WINCKEL (Edgar). — History of Breech Extraction.

GREENBILL. — (*Amer. Journ. Obst. and Gynec.*, mars 1924).

NURNBERGER. — (*Monatliche für Geb. U. Gyn.*, mai 1922).

DAVIS. — (*Amer. Journ. Obst.*, décembre 1910).

